Salud

SISPRO
Sistema Integral de Información de la Protección Social

RUAF
Registro Único de Afiliados

Afiliaciones de una Persona en el Sistema

INFORMACIÓN BASICA

Fecha de Corte: 2025-07-18

Número de Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Sexo
CC 1036669125	MANUEL	FERNANDO	DELGADO	VALLEJO	M

AFILIACIÓN A SALUD

Fecha de Corte: 2025-07-18

Administradora	Régimen	Fecha Afiliacion	Estado de Afiliación	Tipo de Afiliado	Departamento -> Municipio
EMSSANAR S.A.S.	Subsidiado	23/04/2024	Activo	CABEZA DE FAMILIA	SAMANIEGO

AFILIACIÓN A PENSIONES

Fecha de Corte: 2025-07-18

Régimen	Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación
PENSIONES: AHORRO INDIVIDUAL	SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR SA	2018-12-07	Inactivo

AFILIACIÓN A RIESGOS LABORALES

Fecha de Corte: 2025-07-18

Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Actividad Economica	Municiplo Labora
CIA DE SEGUROS BOLIVAR SA	2018-12-06	Activa	EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERIA Y ACTIVIDADES CONEXAS DE ASESORAMIENTO TECNICO INCLUYE SOLAMENTE EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE OBRA DE CONSTRUCCIÓN, DIRECCIÓN DE OBRAS DE CONSTRUCCIÓN, ARQUITECTURA, INGENIERIA Y AGRIMESURA, EXPLOTACIÓN Y PROSPECCIÓN GEOLOGICAS, ASESORAMIENTO TÉCNICO CONEXO INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A DISEÑO INDUSTRIAL Y DEMÁQUINAS CON INTERVENCIÓN DIRECTA EN LA OBRA	Bogotá, D.C.- BOGOTÁ

CONFORME CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LAS ADMINISTRADORAS SON LAS RESPONSABLE DEL CONTENIDO Y LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN REPORTADA AL RUAF, CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER INFORMADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

Ministerio de Salud y Protección Social.
Dirección: Cra. 13 # 32 - 76. Colombia, Bogotá D.C. PBX: (57-1) 330 5000, Fax: (57-1) 330 5050.

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, MANUEL FERNANDO DELGADO VALLEJO , **identificado** con **CC** No.1036669125, registra la siguiente información.

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
VIALMED 2025 NI: 901949183	**Fecha de inicio de cobertura: 23/07/2025** **Estado Afiliación: Activo** **Fecha de Retiro:** **Tipo Vinculación: Dependiente** **Clase de Riesgo: 5**

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C, a los 22 días del mes de Julio de 2025.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.
NIT. 800.088.702-2

EPS | sura

No. U 27429300

Fecha de Radicación (a registrar por la EPS) | PÁGINA 1 DE 2

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite (a registrar por la EPS): A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]

2. Tipo de Afiliación: A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia [X] B. Colectiva [ ] D. Oficio [ ] Beneficiario o afiliado adicional [ ] C. Institucional [ ]

3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Contribución solidaria: Sí [ ] No [ ]

5. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]

6. Código Tipo de Cotizante (Ver tabla de códigos que se encuentra en instructivo de diligenciamiento): 1 — 1 DEPENDIENTE

7. Código Tipo de Pensionado:

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

8. Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	9. Tipo de doc
DELGADO	VALLEJO	MANUEL	FERNANDO	CC

10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento (País / Departamento / Municipio)
1036669125	F [ ] M [X]	Masculino	COL	País COL

15. Fecha de nacimiento: 23 / 08 / 1996 | Estado civil: SOLTERO (A) | EPS anterior: ESS118_EMSSANAR

III. DATOS COMPLEMENTARIOS Datos personales

16. Etnia | 17. Comunidad | 18. Discapacidad Sí [ ] No [X] Categoría | 19. Tiene encuesta SISBÉN Sí [ ] No [ ] | 20. Clasificación SISBÉN Nivel / Grupo | 21. Grupo de población especial

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL | 23. Administradora de Pensiones: PORVENIR | 24. Ingreso base de cotización - IBC: 3.500.000 | 25. Tarifa Contribución Solidaria

26. Residencia Dirección	Teléfono fijo	Teléfono Celular	Correo electrónico
CL 61 # 56 - 51		3193711770	ANALISTAGESTIONHUMANAINGE@GMA

Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna	Departamento	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
MEDELLIN	Cabecera municipal [ ] Rural disperso [ ] Centro poblado [ ] Resto rural [X]		ANTIOQUIA	29 CIS COMFAMA SAN

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

27. Apellidos y nombres — Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre | 28. Tipo de doc

29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico F / M	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento (País / Departamento / Municipio)
	F [ ] M [ ]			

34. Fecha de nacimiento | Dirección | Municipio/Distrito

Zona: Cabecera municipal [ ] Centro poblado [ ] Rural disperso [ ] Resto rural [ ] | Departamento | Código IPS (a registrar por la EPS) | Teléfono fijo | Teléfono Celular

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	Primer apellido	Segundo apellido	35. Apellidos y nombres — Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo de doc	37. Número de documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico Femenino	Masculino	40. Sexo identificación	41. Lugar de nacimiento País	Departamento	Municipio	42. Fecha de nacimiento
B1				X						
B2										
B3										
B4										
B5										

Datos complementarios

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN Sí	No	48. Clasificación SISBÉN Nivel	Grupo	49. Discapacidad Sí	No	Categoría	50. Discapacidad permanente Sí	No
B1										X			
B2													
B3													
B4													
B5													

	51. Datos de residencia Departamento	Municipio / Distrito	Zona CM CP RD RR	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC (a registrar por la EPS)
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	54.Código de la IPS (a registrar por la EPS)
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de doc	57. Número de documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
CONSORCIO VIALMED 2025	NI	901949183	

59. Ubicación Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
TV33SUR#32D-25	3173837669	ANALISTAGESTIONHUMANAINGE@GMAIL.COM	ENVIGADO	ANTIOQUIA

- ORIGINAL -

VIGILADO Supersalud

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.
NIT. 800.088.702-2

EPS | sura

No. U 27429300

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- ☐ 3. Actualización del documento de identidad.
- ☐ 4. Actualización y correción de datos complementarios.
- ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código ☐
- ☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código ☐
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
- ☐ 11. Inscripción EPS retorno al país.
- ☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 14. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☒ 15. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen ☒ B. Diferente Régimen
- ☐ 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.
- ☐ 17. Reporte del trámite de protección al cesante.
- ☐ 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- ☐ 19. Reporte de la calidad de Pensionado.
- ☐ 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
- ☐ 21. Retiro de Contribución Solidaria.

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de doc	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento	65. EPS anterior
		F ☐ M ☐		D D M M A A A A	ESS118 EMSSANAR

66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
D D M M A A A A	Código 5	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ 69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- ☒ 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- ☐ 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- ☒ 72. Declaración de no intenación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud.
- ☒ 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- ☒ 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades o la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- ☒ 75. Actuando en nombre propio y de mis beneficiarios, bajo su encargo, autorizo a Suramericana S.A, filiales y subsidiarias a contactarnos para el ofrecimiento de productos y servicios y las demás finalidades contenidas en su política de privacidad, que puede ser consultada en www.epssura.com e igualmente para adelantar los procesos de relacionamiento con el cliente (soportados o no en tecnología), para un abordaje integral con todos los productos y soluciones por nosotros contratadas dentro del grupo de compañías pertenecientes a Suramericana S.A.
- ☒ 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto.
- ☐ 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
- ☐ 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del SISBÉN vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio	Código Asesor
Manuel Delgado		

X. ANEXOS

- ☐ 82. Anexo copia del documento de identidad; Cantidad: CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐ SC ☐ PT ☐ Total ☐
- ☐ 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- ☐ 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- ☐ 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- ☐ 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- ☐ 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- ☐ 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- ☐ 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

ÁREA EXCLUSIVA SELLO O STICKER

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial	Código del Municipio	Código del departamento	93. Nombre de la institución

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario

96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación
D D M M A A A A	D D M M A A A A

OBSERVACIONES:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario

- ORIGINAL -

comfama

Registro de afiliación individual

CONSORCIO VIAMEL 2025 | NIT 9019491831 | Envío exitoso No. 2872544

La solicitud de afiliación de tu grupo familiar se ha enviado exitosamente con el número de radicado 2872544.
Recuerda que este es el primer paso; en máximo 24 horas recibirás a tu correo electrónico el estado final de la afiliación.

Datos del trabajador

Información general

Documento:	Nombre:	Fecha de nacimiento:	Género:	Estado civil:
CC 1036669125	MANUEL FERNANDO DELGADO VALLEJO	23/08/1996	Masculino	Soltero/a

Residencia y contacto

Departamento:	Municipio:	Dirección:	Teléfono celular:	Correo electrónico:
Antioquia	Medellin	CL 61 # 56 - 51	3193711770	analistagestionhumanainge@gmail.com

Datos laborales

Tipo de contrato:	Tipo de salario:	Salario:	Horas contratadas al dia:	Horas contratadas al mes:	Fecha de ingreso a la empresa:
Fijo	Fijo	$3,500,000	8	220	22/07/2025

Vigilado Supersubsidio

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

MANUEL FERNANDO DELGADO VALLEJO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.036.669.125**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 22 de Julio del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.